

Podpisanie formularza przez Pacjenta jest niemożliwe z powodu:

.....
.....
.....
.....

Skawina, dnia.....

.....

Pieczętka i podpis lekarza

ODMOWA: Po przeczytaniu i zrozumieniu przeczytanej informacji nie wyrażam zgody na planowany zabieg / leczenie. O wszystkich możliwych ujemnych skutkach wynikających z mojej świadomej decyzji zostałem/am poinformowany/a. W czasie rozmowy mogłem / mogłam postawić wszystkie pytania o rodzaju i znaczeniu planowanego zabiegu / badania i udzielono mi na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Skawina, dnia.....

.....

Podpis pacjenta

.....

Pieczętka i podpis lekarza

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

KOLONOSKOPIA

(nazwa zabiegu)

Imię i nazwisko Pacjenta:.....PESEL/Data urodzenia.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

I Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej/zabiegu(w tym opis oczekiwanych korzyści):

Kolonoskopia należy do badań endoskopowych przewodu pokarmowego. Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, mającym na celu oczyszczenie jelita z resztek pokarmowych -najczęściej za pomocą odpowiedniej diety i doustnych preparatów przeczyszczających, które należy przyjąć zgodnie z zaleceniami lekarza. W niektórych przypadkach przygotowanie może być wspomagane przez wlewkę doodbytniczą. Badanie jest wykonane w pozycji leżącej na lewym boku z przykurczonymi nogami. Podczas badania mogą być przydatne zmiany pozycji badanego –na wznak lub na prawym boku. Bezpośrednio przed przystąpieniem do właściwej procedury lekarz wykonuje badanie per rectum czyli badanie palpacyjne odbytu i odbytnicy. Właściwe badanie polega na wprowadzeniu przez odbyt giętkiego wziernika (kolonoskopu) i następnie powolnym przesuwaniu instrumentu wewnątrz światła jelita. Badanie wiąże się z uczuciem wzdęcia i parcia, co jest konsekwencją konieczności wprowadzania powietrza do światła jelita oraz kontaktu aparatu ze ścianą jelita. Zastosowanie tej techniki diagnostycznej najczęściej nie powoduje dolegliwości bólowych lub są niewielkie i należy umieć je odróżnić od wyżej wymienionych objawów. W przypadku wystąpienia nagłego bólu w trakcie badania, należy to niezwłocznie zgłosić lekarzowi przeprowadzającemu zabieg. Utrzymywanie się bólu pomimo wykonywania przez lekarza manewrów, zmierzających do jego ustąpienia, może być sygnałem do jego odstąpienia od kontynuowania badania. U niektórych pacjentów wykonanie kolonoskopii może wymagać znieczulenia, które wykonuje się w obecności anestezjologa. W trakcie zabiegu, w zależności od wskazań, przygotowania i warunków badania możliwe jest przeprowadzenie procedur diagnostycznych i terapeutycznych, do których zalicza się np.: dokładne oglądanie błony śluzowej jelita z zastosowaniem technik wysokiej rozdzielczości, pobieranie wycinków do badania histopatologicznego z miejsc podejrzewanej patologii, usuwanie polipów (polipektomia), tamowanie krwawień, leczenie powikłań radioterapii, poszerzenie i/lub protezowanie zwężeń nienowotworowych i nowotworowych oraz leczenie małych perforacji przy użyciu specjalnych klipsów.

II Inne dostępne metody leczenia:

Innymi metodami służącymi do obrazowania jelita grubego są badania radiologiczne – między innymi badanie kontrastowe przewodu pokarmowego za pomocą wlewu

doodbytniczego, tomografia komputerowa z kontrastem, rezonans magnetyczny lub specjalistyczne modyfikacje projekcji tych metod jak np. kolonografia TK czyli tzw. Wirtualna kolonoskopia (wykonana po doodbytniczym podaniu powietrza lub dwutlenku węgla). Żadna z wyżej wymienionych metod nie umożliwi jednak pobrania wycinków czy usunięcia zmian patologicznych, co może wiązać się z koniecznością dokonania ponownej oceny jelita w standardowej kolonoskopii.

III Standardowe powikłania wczesne i odległe związane z proponowaną procedurą medyczną lub operacją:

Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem jest perforacja, czyli przedziurawienie ściany jelita, które zdarza się z częstością 0,17% badań diagnostycznych oraz 0,41% polipektomii. Nieco częściej dochodzi do krwawienia, które w większości przypadków jest łagodne i samoograniczające się lub ustępujące po zastosowaniu technik endoskopowych (klipsowanie, koagulacja argonowa). Groźne mogą być krwawienia późne ujawniające się nawet kilkanaście dni po polipektomii, do których jednak dochodzi bardzo rzadko i po dokładnym przeanalizowaniu przebiegu zabiegu i czynników ryzyka krwawienia, można przewidzieć ich wystąpienie, w celu możliwości zapobiegania i ewentualnego natychmiastowego leczenia. Dodatkowe powikłania mogą wiązać się z działaniami niepożądanymi leków stosowanych w razie potrzeby podczas zabiegu, jak np. leki rozkurczowe, środki znieczulające oraz preparatu służącego do przygotowania do badania.

IV Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia:

Nie bez powodu to właśnie kolonoskopia jest badaniem przesiewowym w kierunku raka jelita grubego – jednego z najczęściej występujących nowotworów złośliwych zarówno w Polsce jak i na świecie, obarczanego dużą śmiertelnością. Za pomocą badania endoskopowego jest możliwe wykrycie zmian na wczesnym etapie rozwoju, co w większości przypadków daje szansę na całkowite wyleczenie. W przypadku innych wskazań do badania, jak np. podejrzenie krwawienia z przewodu pokarmowego, rezygnacja z zaproponowanej procedury może wiązać się z ryzykiem zagrożenia życia, wymagającego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie nagłym.

V Oświadczenie pacjenta:

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, co następuje:

- 1)Zostałem(am) poinformowany (a) przez lekarza..... o istocie choroby i możliwościach leczenia
- 2)W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu
- 3)Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu którego założenia, cele stopień ryzyka z nim związany, możliwościami powikłań z niego wynikający zostały im przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Zostały im także przedstawione inne niż proponowany zabieg metody leczenia tej choroby. Wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzania planowanej procedury mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają

lekarza przeprowadzającego zabieg do zmiany planu postępowania w sensie poszerzenia lub ograniczenia zakresu zabiegu, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, wynikających z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzanego w badaniu. O fakcie tym zostaną poinformowany po zabiegu.

4)Zapewniam iż, przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach i wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

5)Potwierdzam i zapewniam, że niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wykorzystano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia niedoświadczenia lub niedoświadczania.

6)Zgadzam się/ nie zgadzam się (*) na dopuszczenia do obserwacji zabiegu wykonywanego na mnie osób szkolących się oraz na dokonywanie dokumentacji fotograficznej i/lub video.

7)W czasie rozmowy z lekarzem uzyskałem(am) odpowiedź na wszystkie zadane przeze mnie pytania, które dotyczyły stanu zdrowia, możliwych do zastosowania w moim przypadku metod leczenia, także zachowawczego, oraz postępowania w okresie pooperacyjnym.

8)Zostałem(am) również poinformowany(a), że mogę opuścić szpital po uprzednim wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego. W przypadku wypisu ze szpitala na własne żądanie, oświadczam, że nie będę rościł(a) pretensji, w razie pojawienia się powikłań będących następstwem zbyt wczesnego opuszczenia szpitala.

9)Ewentualne uwagi Pacjenta.....

Skawina, dnia.....

.....

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłem szczegółowo pacjentowi planowany sposób leczenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu. Przedstawiłem też pacjentowi możliwe alternatywne metody leczenia.

Skawina, dnia.....

.....

Pieczętka i podpis lekarza